



ASPAM

Azienda Speciale Consortile Servizi alla Persona Alto Mantovano

MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE SULLO STATO DI SALUTE

All'Azienda Speciale Consortile Servizi alla Persona Alto Mantovano - ASPAM

Il/La sottoscritto/a

nato/a il..... a

candidato/a al concorso indetto da ASPAM e finalizzato alla formazione di una graduatoria relativa al profilo professionale di assistente sociale – categoria giuridica D, posizione economica D1 del CCNL Funzioni Locali – per assunzioni a tempo pieno o parziale e indeterminato – per il servizio sociale professionale e tutela minori,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità e di dichiarazioni mendaci:

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

| | | |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Tosse | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Stanchezza | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Mal di gola | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Mal di testa | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Dolori muscolari | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Congestione nasale | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Nausea | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Vomito | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Perdita di olfatto e gusto | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Congiuntivite | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Diarrea | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Eventuale esposizione al contagio

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| CONTATTI con casi accertati COVID 19 (tampone positivo) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CONTATTI con casi sospetti | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CONTATTI con familiari di casi sospetti | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |



A S P A M

Azienda Speciale Consortile Servizi alla Persona Alto Mantovano

Ulteriori dichiarazioni

Il/La sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività sportive agonistiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizzo inoltre l'Azienda Speciale Consortile Servizi alla Persona Alto Mantovano-ASPAM al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Castiglione delle Stiviere,

Firma per esteso e leggibile
